

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE COFFIN

Externe des Hôpitaux

Né le 22 Octobre 1898, à Fontaine-sur-Somme (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU POUMON

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0044

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOMÉ D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE COFFIN

Externe des Hôpitaux

Né le 22 Octobre 1898, à Fontaine-sur-Somme (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE



DES

ABCÈS DU POUMON

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . . Chimie biologique.
ALGLAVE Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN Pathologie médicale	LE LORIER Obstétrique.
BASSET Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LEMIERRE Pathologie médicale.
BINET Phys ologie.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIERE . . Chimie biologique.	LHERMITTE Pathologie mentale.
BRANCA Histologie.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY Histologie.	MONDOR Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgi- cale.
CLERC Pathologie médicale.	MULON Histologie.
DEBRÉ Hygiène	PHILIBERT Bactériologie.
I. de JONG Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.	RICHET Fils Physiologie.
ÉCALLE Obstétrique.	ROUVIÈRE Anatomie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	STROHL Physique médicale.
FOIX Pathologie médicale.	TANON Pathologie médicale.
GARNIER Pathologie expéri mentale.	TIFFENEAU Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER Pathologie médicale.	VAUDESCAL Obstétrique.
HEITZ-BOYER . . . Urologie.	VERNE Histologie.
HOVELACQUE . . . Anatomie.	VILLARET Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.	WELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS Physiologie.	RETTERRER Histologie.
GOUGEROT Pathologie médicale.	ROUSSY Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON CHER PETIT YVES

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

1919-20 M. LE PROFESSEUR A. ROBIN

1920-21 M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

1920-21 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

1921-22 M. LE DOCTEUR DE MASSARY

1921-22 M. LE DOCTEUR LE MÉE

1922-23 M. LE DOCTEUR TOUPET

1922-23 M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

1923-24 M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MM. :

DÉMELIN MAURICE, J. RENAULT, M. P. WEILL
MÉDECINS DES HOPITAUX

GUENIOT et VIGNES
ACCOUCHEURS DES HOPITAUX

BITH, MALLET, BOUCHET, BRÉTÉGNIER,
CHOPINET, PICHERAL, VERDIÉ, AUGÉ

A M. LE DOCTEUR CASTRI

Qui, malade, ne cesse de me prodiguer ses conseils.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. DE JONG

MÉDECIN DE L'HOPITAL BROCA

*Qui a inspiré cette thèse et nous a aidé
de ses conseils et de sa riche docu-
mentation, en remerciement de sa
bienveillance et du précieux ensei-
gnement qu'il nous a donné.*

Introduction

Quiconque s'est trouvé devant un malade chez lequel les symptômes cliniques ou l'évolution amènent à penser que l'on se trouve en présence d'une collection purulente du poumon, connaît les difficultés auxquelles on se heurte quand on veut essayer d'asseoir son diagnostic sur un ou plusieurs signes indiscutables. Peu d'affections offrent au milieu d'une symptomatologie aussi accusée une telle pauvreté en symptômes pathognomoniques ; sous quelque aspect que l'affection se présente le diagnostic reste hésitant et nous essaierons de montrer combien les signes considérés comme les plus nets, exceptée la radiologie dans certains cas déterminés, laissent place encore au doute.

Seule en milieu hospitalier l'autopsie permet d'affirmer la réalité de l'abcès et de le différencier des autres lésions qui peuvent le simuler, en se souvenant encore que dans certains cas un examen histopathologique a été nécessaire pour lever tous les doutes.

A l'appui de notre thèse nous avons pu nous procurer deux observations inédites d'abcès du poumon.

que nous devons, l'une à M. le Professeur agrégé S. I. de Jong, médecin de l'hôpital Broca, qui a bien voulu nous guider dans l'élaboration de cette thèse, l'autre à MM. Paiseau, médecin de l'hôpital Tenon, et Valence, interne des hôpitaux de Paris, qui ont bien voulu nous permettre de nous servir de leur travail, ce dont nous leur exprimons toute notre gratitude.

La question des abcès pulmonaires nous a paru intéressante à différents points de vue : on en a observé un certain nombre en France dans ces dernières années, soit comme complication des intoxications par les gaz vésicants de combat, soit au cours des broncho-pneumonies de la grippe. De plus les auteurs américains en ont donné de nombreuses études cliniques et étiologiques, cette affection étant en apparence beaucoup plus fréquente chez eux, et leurs descriptions présentent cette particularité de donner au terme nosologique d'abcès du poumon une acception beaucoup plus étendue que les textes français.

Nous rangeant en partie à leur conception de cette affection, nous nous efforcerons de montrer que si anatomiquement cette affection peut être définie, il n'en est pas de même cliniquement, la parenté étant étroite avec les gangrènes dans certains cas et un critérium clinique nous a paru ainsi impossible à trouver. Le diagnostic étiologique du syndrome de suppuration broncho-pulmonaire restera ainsi le plus souvent hésitant et ne sera que de probabilité.

Historique

L'abcès du poumon est resté longtemps méconnu ; si les auteurs anciens connaissaient les pleurésies purulentes de la grande cavité qu'Hippocrate proposait déjà d'ouvrir au point déclive, par le fer ou le feu, il faut arriver à Bayle pour voir une tentative de différenciation entre les différentes phthisies pulmonaires, cavités suppurées, dues à la tuberculose, aux abcès, aux gangrènes, aux pleurésies interlobaires et aux dilatations bronchiques. Malgré cet essai, Laënnec écrivit le premier ouvrage où soit déterminée la part revenant à chacune de ces affections, et dans le *Traité de l'Auscultation Médiate*, 2^e édition, paru en 1826, se trouve la première description nette et indiscutable de cette maladie, description anatomo-clinique fort exacte se rapprochant beaucoup de ce que l'on sait actuellement de cette entité clinique.

Dans les années qui suivirent on en trouve un certain nombre d'observations dans la littérature médicale : Honoré, Andral, Chomel, Grisolle, en France, Graves de Dublin, en Angleterre, en rapportent quelques cas qu'ils décrivent et étudient.

Ainsi que Laënnec tous insistent sur la rareté de cette affection et Trousseau lui-même, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, en 1862, cite deux cas d'abcès du poulmon, fait remarquer le petit nombre de cas connus de cette affection, et rapportant les trois cas cités par Chomel, ajoute : « Pour ma part, je suis resté près de 25 ans médecin d'hôpital sans en avoir rencontré un seul cas ». En réalité, les abcès du poulmon ne sont pas aussi rares que ces auteurs le disent. Il semble que l'abcès n'ait été nettement constaté que lorsqu'il formait une cavité circonscrite visible macroscopiquement et que de tels abcès aient seuls retenu l'attention des observateurs. Ils n'ont en effet d'intérêt clinique qu'autant qu'ils constituent des cavités volumineuses qui creusent le parenchyme pulmonaire, le refoulent et l'envahissent creusant une ulcération dans une bronche ou dans la plèvre et se traduisent par une vomiquè ou un pyopneumothorax, en effet sous cette forme l'affection est rare. Par contre, il est assez commun d'observer de petits abcès multiples, disséminés au cours des broncho-pneumonies, des endocardites infectieuses, des septicémies ; seulement ces petits abcès n'ont pas d'expression clinique, ou tout au moins cette expression demeure effacée, perdue au milieu des symptômes bruyants de la maladie causale, à la gravité de laquelle ils ajoutent peu. Reconnus ou à peine soupçonnés pendant la vie, ce sont le plus souvent de simples trouvailles d'autopsie. Cette différence d'aspects explique la rareté de

cette affection signalée par les différents auteurs, car ils semblent avoir systématiquement négligé les les petits abcès.

Pour les auteurs modernes, en particulier dans les dix dernières années, cette affection a cessé d'être une rareté du fait de différents facteurs, les circonstances étiologiques spéciales nées de la guerre et de la grippe de 1918-1919, la plus grande attention avec laquelle on recherche les cas possibles, et la tendance actuelle à étendre le cadre de cette maladie. C'est ainsi qu'on rattache à l'abcès du poumon un certain nombre de suppurations du parenchyme pulmonaire, en particulier la pneumonie disséquante qu'ont étudiée particulièrement MM. Letulle et Bezançon reprenant les travaux de Hayem et Graux d'une part et de Hutinel et Proust, d'autre part, sur cette question. De plus, poussant plus loin encore la tendance unificatrice, nous voyons les auteurs américains décrire, sous le nom de Lung Abscess toute une série de cas en apparence disparates dont les uns seraient considérés en France comme des gangrènes, les autres des abcès, ou peut-être des pleurésies interlobaires.

Etude Clinique

L'abcès du poumon reconnaît de nombreuses causes possibles, mais si certaines lui sont particulières en tant qu'elles déterminent la localisation de l'infection, comme pour toutes les suppurations, il existe un certain nombre de causes générales qui favorisent son apparition : en particulier toutes les causes de déchéance organique, les états cachectiques, les maladies prolongées, le diabète, les états de dénutrition, les intoxications chroniques ; parmi elles une surtout mérite d'être mise au premier plan, car on la retrouve dans un grand nombre de cas, où elle joue un rôle capital : c'est l'intoxication alcoolique chronique ; nous verrons d'ailleurs son importance dans deux observations citées. L'âge joue également un rôle important dans l'étiologie de cette maladie ; rare chez l'enfant, elle survient chez des sujets dans l'âge moyen de la vie, de 25 à 40 ans.

Si nous étudions successivement les différentes causes qui peuvent donner naissance à un abcès du poumon, nous voyons qu'on peut les classer : en *abcès direct*, *abcès d'origine broncho-pulmonaire*,

abcès d'origine sanguine, et *abcès migrants*. Cette classification en apparence surtout pathogénique correspond à une réalité clinique, car suivant la voie d'apport de l'agent contaminant on observe des formes d'abcès différentes du point de vue clinique.

L'abcès direct résulte d'une infection dont le germe a été apporté par l'agent vulnérant lui-même. Le type en est l'abcès de guerre, se produisant autour d'un projectile inclus en plein parenchyme pulmonaire (éclats d'obus, balle, débris vestimentaires). Ces abcès s'accompagnent toujours d'une réaction pleurale intense de même origine. On peut, dans la pratique civile, en rencontrer d'étiologie semblable : coups de couteau, balles de revolver, mais en fait les abcès directs que l'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer sont causés par des corps étrangers des voies aériennes : épis, dents, arêtes chez l'adulte, tous les corps étrangers possibles chez les enfants et les aliénés. Toutefois, il est à noter que parmi les corps susceptibles d'être inhalés les plus dangereux sont ceux capables de gonfler en milieu humide tels que pois, lentilles, haricots, etc., par suite de l'obstruction bronchique qu'ils déterminent avec rétention purulente au-dessus de l'obstacle et des phénomènes infectieux redoutables qui en résultent ainsi que F. Lemaître en a signalé un certain nombre de cas.

Une part importante parmi ces abcès par inhalation revient aux interventions sur les voies aériennes supérieures, amygdales et végétations adénoï-

des, ainsi que cancers buccaux, de la langue, du pharynx, du larynx. Nous aurons l'occasion d'y insister car les auteurs américains en rapportent de très nombreux cas et dans tous les travaux sur cette question leur part est considérable. C'est ainsi que Wessler, en 1919, sur une statistique de 100 cas d'abcès du poumon d'étiologie diverse en rattache 21 à l'amygdalotomie et 5 à d'autres interventions dans la même région. De même Linnah, au Lennox Hospital de New-York, écrit en avoir observé 38 cas dont 8 dus à la tonsillectomie, 10 à des interventions autres sur le pharynx, et 9 à des corps étrangers, les autres ressortissant de causes variées. Il semble que la plus grande fréquence de cette affection en Amérique puisse être liée au mode d'anesthésie employé, anesthésie complète au chloroforme ou à l'éther avec ou sans insufflation, qui en supprimant tout réflexe tussigène favorise la pénétration profonde dans le poumon des particules septiques qui l'ensemencent.

A côté de cette variété d'abcès par inoculation directe d'autres existent, plus fréquents d'ailleurs, et plus intéressants car ils réalisent des foyers purulents étendus, de symptomatologie assez accusée pour pouvoir être diagnostiqués, ce sont les abcès d'origine bronchique et pulmonaire. Suite d'une infection venue le plus souvent par la voie aérienne, ils peuvent réaliser deux types étiologiques et cliniques très différents, soit l'abcès pneumonique, généralement unique et étendu, pouvant présenter ce-

pendant plusieurs poches purulentes, mais toujours en petit nombre 3 ou 4 au plus et de volume appréciable. Cet abcès réalise un type clinique bien défini dont la symptomatologie peut, dans certains cas, permettre le diagnostic et c'est généralement lui qu'on étudie sous le nom d'abcès pulmonaire ; les cas que nous apportons sont d'ailleurs de ce type.

La deuxième variété de ces abcès est l'abcès broncho-pneumonique par suppuration des petits foyers péri-bronchiques, toujours petits et en nombre considérable ; la symptomatologie en est forcément fruste et noyée dans les symptômes de l'affection initiale. C'est dans la broncho-pneumonie de la rougeole et dans celle de la grippe que ces abcès surviennent surtout ; l'épidémie de 1918-1919 a donné lieu à un très grand nombre de ces abcès principalement en Allemagne, où Marchand en donne une statistique de 72 cas sur 222 décès suivis d'autopsie ; de même, Busse dit en avoir observé dans 25 % des cas de broncho-pneumonie suivie de mort ; par contre Rahnenführer n'en rapporte que 7 cas sur l'ensemble de ses observations. Cette complication s'est montrée fréquente en cours des broncho-pneumonies qui suivirent les intoxications massives par les gaz de combat et en particulier par les vésicants, tels que l'ypérite.

Nous venons de voir les deux causes les plus fréquentes d'abcès du poumon, mais dans certains cas la dissémination des germes infectieux par la voie du courant sanguin, peut donner lieu à une locali-

sation pulmonaire et certaines infections exposeront plus particulièrement à cette complication. Parmi les infections chirurgicales : les suppurations abdominales (appendicites suppurées, salpingites, hernies étranglées), les suppurations osseuses (mastôidites, ostéomyélites), les infections obstétricales (pelvipéritonites, périniétrites, infection puerpérale), ainsi que les maladies infectieuses (endocardites aiguës ou lentes type Osler, entérites infectieuses du nouveau-né et du nourrisson, escharres infectées) pourront donner naissance à des abcès du poumon soit directement, avec le type grand abcès pneumonique, soit plus souvent comme une complication d'une broncho-pneumonie causée elle même par la suppuration locale.

Une quatrième cause d'abcès peut être réalisée par une embolie volumineuse détachée d'un foyer de phlébite au cours d'une suppuration des veines de l'abdomen, du bassin, des membres, du crâne. Enfin dans certains cas il semble qu'un abcès du poumon ait pu avoir comme point de départ un infarctus de Laënnec, au cours d'une cardiopathie, avec dilatation des cavités droites. Même si on admet avec Vaquez et Lutembacher, le caractère septique des coagulations intracardiaques, il n'est jamais assez accusé pour donner naissance à une suppuration, il y a toujours dans ces cas intervention d'un microbe pathogène venu par voie sanguine ou aérienne.

On peut ranger parmi les abcès du poumon une variété particulière de suppuration qui ne semble pas, à proprement parler, faire partie de cette classification, ce sont les abcès migrants ou perforants de Stokes, dus à la migration transpulmonaire d'une collection purulente tendant à s'évacuer par les bronches et infectant de proche en proche le parenchyme pulmonaire. Le foyer secondaire pulmonaire qui nous intéresse, communique toujours avec le primitif par une fistule, que ce soit une pleurésie purulente, un abcès du foie, ainsi que Descomps et Miginiac en ont montré la relative fréquence, ou de la rate ; en résumé, tous les abcès sous-phréniques qu'ils soient à point de départ périhépatique, péri digestif ou périrénal, et toutes les suppurations médiastines, péri-œsophagites phlegmoneuses, adénophlegmons ou ostéites tuberculeux.

Nous aurons fini ce chapitre étiologique quand nous aurons cité cette curieuse affection qu'est la pneumonie disséquante qui reconnaît comme cause une alvéolite, identique à la pneumonie vraie, mais évoluant, pour des raisons inconnues, vers la nécrose et l'élimination suppurée. Notons que les deux microbes, exclusivement rencontrés dans les cas récemment publiés, étaient le pneumobacille et le streptocoque.

Anatomie Pathologique

L'aspect anatomique des lésions est variable suivant la cause des abcès, mais on peut ramener les différents cas observés à quatre types principaux :

Le grand abcès souvent unique ou presque,
le petit abcès toujours multiple,
la pneumonie disséquante,
l'infarctus suppuré.

Le grand abcès souvent unique se creuse au milieu d'un foyer hépatisé et se présente comme une poche, du volume d'une noix, d'un œuf, d'une orange, d'une tête d'enfant, occupant un lobe ou plusieurs ; ses parois sont anfractueuses, déchiquetées, parfois tapissées d'une membrane pathogène. Il contient un pus épais, gris verdâtre ou hémorragique, sans aucune odeur, on peut y trouver le pneumocoque pur sans aucune association pyogène, ce microbe pouvant donner à lui seul naissance à des suppurations pulmonaires sans l'intervention d'infections secondaires.

On évitera toutefois de prendre, au cours d'une autopsie, pour un abcès la déchirure que peut pro-

duire dans un foyer d'hépatisation grise un tiraillement trop violent du tissu grisâtre et friable par les doigts de l'opérateur ou le costotome. Le plus souvent on rencontre plusieurs gros abcès au milieu du même bloc d'hépatisation, à des stades différents de leur évolution, les uns blanchâtres à contenu caséeux, partiellement liquéfiés, d'autres déjà ramollis ou évacués dans une bronche ou une cavité suppurante voisine donnant à la coupe un aspect aréolaire et polycyclique. Les uns sont profonds, les autres superficiels, ces derniers pouvant s'ouvrir dans la plèvre et donner lieu à une pleurésie purulente. Dans ces cas on trouve presque toujours des adhérences entre les deux feuillets séreux et à la périphérie le tissu est sclérosé, pauvre en vaisseaux. On rencontre dans le pus le pneumocoque qu'il soit pur ou associé à d'autres pyogènes, streptocoques ou staphylocoques.

L'abcès amibien réalise une forme particulière de grand abcès ; rare autrefois, il semble que cette affection soit plus fréquente depuis la guerre et Lautmann, dans sa thèse, à laquelle nous ferons sur ce sujet de larges emprunts, reprenant les travaux faits antérieurement en collaboration avec MM. Ramond et Denoyelle, réunit 29 observations et dans les deux dernières années on en a décrit encore d'assez nombreux cas.

C'est généralement un abcès unique et volumineux, du volume d'une noisette à celui d'une tête d'enfant, siégeant presque toujours à la base du pou-

mon droit ; l'aspect des lésions varie suivant leur ancienneté ; au début ce sont les phénomènes de nécrose qui dominent, le tissu pulmonaire est atelectasié, dense, rouge foncé. Au microscope on voit un centre amorphe finement granuleux, leucocytaire, avec des débris d'hématies et de cellules épithéliales du poumon, *on y voit de très nombreuses amibes*, et fait capital que l'on retrouvera dans toutes les lésions à quelque stade de leur évolution qu'on les considère, l'artériole dont ce territoire est tributaire est thrombosée, cette lésion semblant être l'élément constant de cette affection. A un stade plus avancé, l'abcès est constitué, entouré d'un tissu comme hépatisé, de teinte grise, atteint de sclérose intense. Au microscope, dans la zone péricavitaire on constate de la sclérose interlobulaire, de l'alvéolite desquamative ou végétante, dans la paroi de l'abcès des foyers de nécrose intense sans éléments reconnaissables. Le pus est rouge ou chocolat, mal lié, assez souvent fétide ; dans un verre à pied, au fond, on trouve un dépôt rougeâtre, pulpeux, surmonté d'une couche pulpeuse liquide, plus ou moins purulente, on y trouve des leucocytes, des macrophages, des hématies, des éosinophiles, ainsi que l'amibe pathogène.

Les petits abcès sont toujours multiples et succèdent à une broncho-pneumonie ; la grippe et les gaz vésicants en ont donné un grand nombre ; petits et multiples, véritables abcès lobulaires, ils siègent le plus souvent près de la surface du poumon, formant

sous la plèvre un semis de grains jaunes. Leurs parois se montrent aréolaires et irrégulières, entourées d'une zone d'alvéolite oedémateuse ; ils contiennent du pus semi-liquide réalisant les vacuoles purulentes de Barrier. Dans les cas d'abcès sous-pleuraux il est de règle de trouver des adhérences pleurales. La flore microbienne peut en être variée, on y trouve du pneumocoque pur ou associé à d'autres microbes, des streptocoques, des staphylocoque, des pneumo-bacilles, des tétragènes et même dans certains abcès consécutifs à une infection à point de départ intestinal des coli-bacilles.

L'infarctus suppuré provient d'embolies de moyen volume, parties d'un foyer suppuré phlébitique, ces embolies donnent lieu à un infarctus qui suppure, le plus souvent unique, il peut y en avoir plusieurs. De forme variable suivant le siège, arrondi ou ovalaire s'il est central, triangulaire à base pleurale sur coupe, s'il est près de la corticalité, ses dimensions sont liées au calibre du vaisseau oblitéré. L'évolution passe par trois phases successives qu'a décrites Ranvier : c'est d'abord la phase de congestion hémorragique, à laquelle succède une phase d'aspect rosé, puis blanchâtre, due à l'envahissement de la zone intéressée, par les leucocytes et les microbes ; en dernier, arrive la phase de suppuration où l'infarctus est creusé d'une poche irrégulière, tomenteuse, contenant du pus épais, bien lié, où se retrouvent des germes identiques à ceux du foyer d'origine.

Dans la *pneumonie disséquante* on trouve à l'autopsie des malades ayant succombé à cette affection une hépatisation pneumonique, nécrotique, gangréneuse et ulcéreuse ; n'était l'absence d'odeur cadavérique, on se croirait en présence d'une pneumonie compliquée de gangrène. La nécrose semble à point de départ hilair tendant à gagner vers la corticalité, la couleur varie du blanc jaunâtre au jaune gris terne, la consistance en est généralement ferme. Au centre des lésions se trouve un clapier purulent contenant un pus assez épais, jaune brunâtre, d'odeur fade, mais jamais fétide ; dans les cas avancés, la cavité pourra contenir du côté du hile des paquets filamenteux semblables à de l'étaupe, formés par les pédicules broncho-vasculaires ayant résisté victorieusement à la fonte purulente.

Du point de vue histopathologique on trouve d'abord les éléments caractéristiques de la pneumonie fibrineuse et des éléments qui se produisent et s'éliminent rapidement par suppuration.

La nécrose suraiguë insulaire gangréneuse sollicite sur le champ la pullulation des germes pathogènes des conduits aériens et la mise en action d'une suppuration éliminatoire, mais elle est disproportionnée en ce qu'elle se révèle dès le début, progressant d'une façon illimitée, disséquante en un mot, d'où le nom de cette affection.

Dans la règle on voit se surajouter un processus de nécrose fibrinoïde qui représente un des éléments particuliers de cette affection, et se présente com-

me une masse plus ou moins étendue, enfoncée dans le tissu pulmonaire sous-jacent, lui-même sclérosé. Ainsi, les parois de la cavité se présentent assez souvent comme tapissées d'une fausse membrane lisse, semblant une muqueuse.

Cette couche apparaît comme formée d'une matière simulant la fibrine, disposée en fibrilles ou en lamelles avec un apport leucocytaire minime ou nul, cette nécrose semblant apporter un appoint considérable et amplifier les méfaits de la nécrose gangrénilorme.

Symptomatologie

Les symptômes de l'abcès du poumon nous sont donnés par la forme pure, c'est-à-dire par le grand abcès survenant au décours d'une pneumonie. Étiologie la plus fréquente, elle donne lieu aux formes les plus typiques et encore ainsi que nous allons voir le sont-elles peu. Si l'étiologie et la pathogénie sont assez précises, il n'est pas de même de la symptomatologie qui est vague et ne permet le plus souvent qu'un diagnostic de probabilité.

L'abcès du poumon, comme bien souvent la gangrène pulmonaire, évolue en deux phases distinctes : une phase broncho-pneumonique ou pneumonique pendant laquelle l'abcès se constitue, et une phase d'évacuation de l'abcès à l'extérieur.

Pendant la *période de formation de l'abcès*, les phénomènes infectieux broncho-pulmonaires constituent tout le tableau clinique. C'est généralement chez un sujet d'âge moyen que l'on observe cette affection ; les observations que nous rapportons confirment ce fait : dans l'observation I, le malade a 30 ans, dans l'observation II, 37 ans, et 42 dans l'observation III.

Le début est celui d'une affection pulmonaire plus ou moins typique, et est marqué par des frissons, de la fièvre, un point de côté, une toux sèche, une dyspnée intense; cliniquement, on trouve tous les signes d'une pneumonie, mais les traits sont tirés, le faciès angoissé, la langue sèche et rôtie, les lèvres et les gencives fuligineuses, les urines rares plus ou moins albumineuses. L'état général très atteint permet de redouter une complication. L'expectoration est parfois au début du type pneumonique, rouillée ou simplement visqueuse, collante, ambrée; parfois dans d'autres cas hémorragique, purulente (obs. I) dans d'autres cas hémorragique, purulente et fétide d'emblée (obs. II). Il n'est pas rare de voir venir se surajouter à ces accidents initiaux à titre d'épiphénomène une crise de *delirium tremens*.)

L'examen physique permet en général de déceler en un point quelconque des poumons une zone étendue de matité, au niveau de laquelle on entend un souffle intense, tubaire et des râles bulleux en foyer. Suivant l'importance de tel ou tel de ces symptômes on portera le diagnostic de congestion pulmonaire, de pneumonie; dans quelques cas comme dans l'obs. I les signes de foyer peuvent manquer ou les râles exister seuls dans une zone d'étendue variable suivant les cas. Il peut être alors impossible de faire un diagnostic quelconque et on restera en suspens jusqu'au moment où un accident évolutif viendra permettre d'identifier la nature de l'affection.

La maladie continue à évoluer en apparence com-

me une pneumonie mais la défervescence ne se produit par du 7^e au 12^e jour où elle n'est que simplement ébauchée ; dans les cas les plus schématiques, après une courte rémission, la température remonte et en même temps change de type, au lieu d'être en plateau elle présente des oscillations, les poussées fébriles étant presque toujours précédées de violents frissons et accompagnées de sueurs profuses. Les signes physiques sont très peu modifiés ; on a l'impression que le bloc d'alvéolite ne change pas ou a plutôt tendance à l'extension, le souffle s'étale, les râles augmentent d'étendue, la matité se fait plus franche. Il n'est pas rare dès ce moment de voir apparaître une première complication ; si le foyer est superficiel, un épanchement pleural, citrin ou purulent peut apparaître dans la grande cavité et le timbre des râles qui deviennent plus gros et plus humides, l'expectoration facile muco-purulente ou purulente vraie confirment l'impression que l'on avait déjà de ne pas se trouver en présence d'une pneumonie franche. Si l'état du malade permet un examen radioscopique, on constatera à l'écran une zone d'opacité plus ou moins homogène, à limites floues, ne semblant pas en rapport avec une scissure interlobaire. En présence d'un tel tableau symptomatique qui persiste 2 à 3 semaines dans les cas habituels, le diagnostic de suppuration intra-thoracique peut être supposé d'autant mieux que l'examen du sang montre une formule de suppuration .

hyperleucocytose à polynucléaires pouvant atteindre 98 %.

Dès cette période déjà, l'évolution la plus défavorable se peut produire (obs. III) et chez un malade antérieurement très taré, sans passer à la phase d'abcès ouvert la mort peut survenir par suite de l'infection même.

Si l'évolution n'a pas été entravée par un événement quelconque, intervention chirurgicale ou mort, le diagnostic se confirmera bientôt par une vomique. On a discuté sur sa date d'apparition, et les auteurs, Trousseau en particulier, ont insisté sur son caractère précoce qui permettrait de la différencier de celle de la pleurésie interlobaire : « ... Il n'est pas d'exemple dans la science qu'elle se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour » (Trousseau). Bien que trop absolue, cette opinion est exacte, puisque l'ouverture se produit généralement au cours de la troisième semaine. Quelquefois des phénomènes prémonitoires annonceront la vomique : reprise du point de côté ou petites hémoptysies. Brusquement, à l'occasion d'une quinte de toux, d'un mouvement, le malade est pris d'une violente douleur et d'une toux quinteuse amenant l'émission d'une quantité considérable de pus. Plus souvent le tableau est moins dramatique et le malade ne rejette qu'une petite quantité de pus remplissant un crachoir en plusieurs fois dans la même journée.

Lorsqu'on met dans un verre conique les matiè-

res rendues par le malade on constate que c'est une expectoration formée presque uniquement de pus épais, verdâtre ou chocolat, et surmonté d'une faible couche de mucus aéré. Si on examine ce pus au microscope on y trouve parfois des polynucléaires peu altérés sur un fond vaguement granuleux. on ne trouve presque pas d'aspects réticulés de dégénérescence bronchique; ni de cellules de remplacement plus ou moins intactes. On trouve des microbes généralement peu nombreux, ce qui, en dehors de l'absence de fétidité, différencie déjà cette expectoration de celle de la gangrène.

Du fait de la vomique, l'abcès peut se vider entièrement ; les phénomènes généraux s'amendent, le malade ressent immédiatement une impression de soulagement, la dyspnée diminue, la température baisse et revient à la normale. Le plus souvent la vomique n'a pas vidé totalement la poche ou celle-ci se draine mal ; la communication n'est pas permanente ou tend à s'obstruer. L'état général qui s'était amélioré redevient sérieux ; la dyspnée augmente, la température remonte en même temps et, fait de la plus haute importance, l'expectoration diminue puis se tarit. Une nouvelle vomique se produit au bout de plusieurs jours et ainsi plusieurs fois de suite les mêmes phénomènes se reproduiront. Notons que la courbe de température suit une marche inverse de celle de la quantité des crachats.

Quand le malade rend pendant assez longtemps du pus par vomiques fractionnées, les crachats

changent souvent d'aspect, ils deviennent presque toujours fétides, d'autre part, le passage du pus à travers des bronches provoque très rapidement un certain degré de bronchite et leur aspect se rapproche de celui des crachats de dilatation bronchique, c'est-à-dire qu'au lieu de pus presque pur on trouve plus ou moins de mucus aéré surnageant au-dessus des matières purulentes, lorsqu'on examine l'expectoration dans un verre.

Dans ces dernières années on a beaucoup insisté sur ces « vomiques fractionnées » suivant le mot de Dieulafoy, vomiques « *nummulaires* » de Hirtz et Beaufumé, vomiques masquées de Paillard. Le début de la vomique est infiniment moins brutal et le malade a seulement commencé à rendre plus ou moins brusquement (obs. I) des crachats plus abondants qu'auparavant. Il arrive que ces petites vomiques répétées se produisent le matin au réveil, comme dans la dilatation des bronches au milieu de quintes assez pénibles. Dans ces cas le pus peut présenter l'aspect des crachats nummulaires des tuberculeux et ici encore il est très important pour le diagnostic de recueillir dans un grand verre conique l'ensemble de l'expectoration.

De quelque manière que le foyer se soit évacué, les signes physiques se modifient parallèlement aux signes généraux : aux signes de collection intra-pulmonaire ou d'hépatisation succéderont des signes de collection hydro-aérique du thorax. La percussion donnera peu de renseignements à moins de très

grande caverne superficielle, se traduisant par une zone de tympanisme avec ou sans bruit de pot fêlé. Mais, dans la règle, les cavités sont peu volumineuses, et leur situation profonde ne permettra pas de percevoir de modifications nettes. L'auscultation donnera des signes de grande valeur ; on entendra un souffle amphorique, et la voix haute ou chuchotée aura ce même timbre. Les râles, quand on en percevra, seront métalliques et à très grosses bulles réalisant parfois de véritables gargouillements ; on trouve souvent dans le reste du poumon des râles sonores. Toutefois on aura affaire assez souvent à des cavernes muettes donnant un minimum de signes, sans râles, ceux-ci se produisant pour les auteurs américains, non dans la cavité elle-même, mais dans le tissu environnant, qui, sain ou presque dans une affection aiguë, ne donnerait pas de signes adventices. Rappelons que ce fait est connu depuis longtemps pour la pleurésie interlobaire.

Mais quoi qu'il en soit, tous ces signes cliniques que nous venons d'observer ne nous permettront qu'un seul diagnostic, celui de collection suppurée intrathoracique que nous soupçonnions avant que la vomique n'apparût et ne fût venue le confirmer. Mais là se borne notre certitude, la nature de cette collection reste complètement inconnue et on ne peut que se borner à des suppositions et des hypothèses sur son origine et le dilemme se pose entre une pleurésie de la grande cavité partiellement enkystée, une pleurésie interlobaire, ou un abcès du

poumon ; aucun des symptômes que nous aurons observés ne pourra entraîner la conviction, si on pensera plutôt à une de ces affections qu'à une autre ce sera là seulement affaire d'impression clinique et non de symptomatologie.

La radiologie seule permettra de trancher le différend dans les cas où on aura une image typique, mais ce ne sera malheureusement pas le cas le plus fréquent. En effet en 1922, M. Paiseau a décrit à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en collaboration avec M. Solomon un aspect caractéristique de l'ombre pulmonaire dans les abcès pulmonaires qu'il avait eu l'occasion de rencontrer, image cavitaire, hydro-aérique, demi pleine de liquide, présentant une limite horizontale mobile avec les mouvements du malade, image à grand axe vertical, cernée d'un double contour, par condensation périphérique. Cette image retrouvée dans l'obs. II a permis de faire le diagnostic du vivant du malade et malgré les renseignements contradictoires fournis par une intervention chirurgicale incomplète d'affirmer la présence d'un abcès, ce que vint confirmer la constatation nécropsique. Dans de nombreux cas on n'observera qu'une ombre plus ou moins bien limitée à contours flous, dans laquelle on pourra voir une clarté anormale correspondant à la cavité purulente. La netteté d'aspect ne se rencontre pas toujours, souvent du fait d'un épaississement pleural antérieur à l'abcès ou d'une condensation pulmonaire très étendue et on ne peut identi-

fier le foyer à l'examen à l'écran ni même sur une radiographie. Dans d'autres cas, enfin, un épanchement purulent de la grande cavité masquera les lésions et malgré une ponction évacuatrice gênera ou empêchera l'examen radiologique. Dans les cas où on percevra une ombre ne présentant pas les caractères décrits par Paiseau, il faudra se rappeler qu'un bon signe de situation intra pulmonaire de la collection est la présence d'une zone claire entre l'ombre elle-même et la coupole diaphragmatique. En outre, l'examen en position frontale, sagittale et oblique permettra de préciser la situation de la collection par rapport à la paroi thoracique.

Dans quelques cas on pourra user de substances opaques pour mettre en évidence à l'écran la présence d'une cavité et on injectera dans la trachée soit par la voie endolaryngée, soit par la voie intercrico-thyroïdienne une quantité déterminée de Lipiodol suivant la méthode de Sicard et Forestier, employée pour l'étude des dilatations bronchiques. On peut également, en se servant du broncoscope voir directement la cavité ou la rendre visible radiologiquement par injection de sels de bismuth. (Cette méthode appliquée déjà en France par Lereboullet et Faure-Beaulieu, a été reprise en Amérique par Lynah).

De cette étude des signes fournis par la radiologie dans les abcès du poumon il ressort que, si dans un certain nombre de cas il existe une image typique permettant un diagnostic d'abcès, bien souvent

on n'arrive, en serrant les faits de plus près que par la clinique seule, qu'à préciser la situation intrapulmonaire de la collection suppurée. Il est impossible alors d'aller plus loin dans la précision du diagnostic entre la pleurésie et l'abcès du poumon, et parfois même la dilatation des bronches. Aussi bien souvent *le diagnostic de l'abcès du poumon est impossible*, on ne peut que le soupçonner. Nous y reviendrons au chapitre spécial consacré au diagnostic, mais dès maintenant nous tenons à indiquer qu'il est bien difficile de faire une description symptomatologique schématique de l'abcès pulmonaire.

EVOLUTION

Si la vomique a évacué la poche purulente en totalité, elle sera dans cette maladie un événement favorable, susceptible d'amener la guérison en quelques semaines, mais ce cas est une rare exception ; en général la poche se vide mal, et des alternatives de rétention et d'évacuation se succèdent avec un rythme variable. Par suite de cette suppuration permanente l'état général s'altère de plus en plus et le malade se cachectise lentement. Il maigrit, pâlit, perd l'appétit, présente des doigts hippocratiques, prend l'aspect d'un tuberculeux cavitairé et succombe soit à une extension de l'infection, soit à une complication septique (septico-pyohémie, pleurésie purulente de la grande cavité si l'abcès vient à s'évacuer aussi dans la plèvre), ou encore aux progrès

de la cachexie, à moins qu'un traitement approprié ne soit venu entraver cette évolution presque toujours fatale si elle est laissée à elle-même.

FORMES CLINIQUES

Nous avons pris comme type de description le grand abcès de la pneumonie, parce que ses dimensions lui permettent d'avoir une symptomatologie propre, mais à côté de lui il en existe, dus à certaines causes que nous avons indiquées en commençant. Parmi eux les uns sont de grands abcès dont les signes physiques sont calqués en partie sur ceux du type pneumonique mais qui en diffèrent généralement par la moindre intensité des phénomènes généraux et l'évolution plus lente. Les autres sont de petits abcès et nous décrirons cette forme particulière complètement différente de ce que nous avons vu jusqu'ici.

Nous avons décrit comme grand abcès un abcès pneumonique, parce que l'affection se montre causée par le pneumocoque, et que son début ressemble à celui de la pneumonie franche aiguë, mais on peut se demander si les affections pulmonaires qui aboutissent à la suppuration sont bien des pneumonies et s'il ne vaudrait pas mieux réserver ce terme à la maladie cyclique, se terminant par une crise, les autres affections n'étant en somme que des formes particulières de broncho-pneumonies.

Ainsi que nous l'avons dit, chaque cause donne un aspect particulier à l'abcès du poumon.

L'abcès broncho-pneumonique a été observé surtout dans deux cas, la grippe et l'intoxication par les gaz de combat. Il se produit au cours des broncho-pneumonies grippales de petites cavernules correspondant à de petits abcès, disséminés dans le foyer, petites cavernules que parfois révèle la radioscopie et qui peuvent guérir. Dans ces cas le malade crache du pus par petites vomiques fragmentées.

Les abcès succédant aux intoxications par l'ypérite ou sulfure d'éthyle dichloré peuvent être précoces, apparaissant vers la troisième semaine, ou tardifs, survenant seulement plusieurs mois après l'intoxication. Ils présentent de multiples aspects anatomo-cliniques; petits et nombreux le plus souvent, ils ont été dans certains cas uniques et volumineux. Généralement situés près de la corticalité du poumon, ils étaient entourés d'une zone de congestion oedémateuse et étaient fréquemment cause d'adhérences pleurales. L'évolution se faisait le plus souvent vers les bronches, mais aussi vers la plèvre.

Cliniquement, ces petits abcès peuvent ne se traduire par aucun signe particulier, mais le plus souvent, outre l'aspect purulent de l'expectoration, il existe des signes d'auscultation, rappelant ceux de la dilatation des bronches : râles humides à grosses bulles, s'entendant aux deux temps et accompagnant le souffle antérieur de la broncho-pneumonie qu'ils masquent presque complètement ; seule leur

date d'apparition, en période aiguë, dès les premiers jours de la maladie permettra de différencier cette affection d'une dilatation bronchique, et cela surtout chez l'enfant. En effet, l'abcès du poumon dans sa forme volumineuse n'existe pas chez l'enfant, et on ne rencontre chez lui que de petits abcès au cours de la broncho-pneumonie ; sachant combien fréquente est la dilatation bronchique précoce dans ces cas, on voit que le diagnostic de l'abcès chez l'enfant est de la plus extrême difficulté.

La pneumonie disséquante cliniquement débute comme une pneumonie et il semble, dans la plupart des observations, que le début soit brutal et survienne en pleine santé. Le début a tous les caractères d'une infection aiguë : fièvre intense, grands frissons, céphalée, courbature intense, souvent vomissements et diarrhée fétide. Mais la localisation est immédiatement thoracique ; il y a d'emblée un point de côté souvent violent comme dans la gangrène pulmonaire à forme pleurale, ou comme dans les pleurésies putrides, il y a enfin dyspnée vive comme dans la broncho-pneumonie ou la bronchite capillaire.

Dès le début l'état général est beaucoup plus touché que dans une pneumonie, le malade est très abattu, le faciès est pâle, les traits sont tirés, la langue est sèche, la prostration est rapide ; les vomissements sont fréquents.

Les signes physiques semblent passer par deux phases : une première phase où il n'y a pas de signes

en foyer, mais seulement des râles rônflants et sibilants, ou des râles humides assez gros, disséminés; on note cependant du silence dans une zone plus ou moins étendue. Dans une deuxième phase, où existent des signes de foyer, matité, souffle tubo-pleural plutôt que tubaire, quelquefois même souffle à timbre cavitaires, râles humides. Ces signes prédominent dans certains cas dans la région moyenne du thorax et l'on a de ce chef l'impression d'une pleurésie interlobaire.

Ces signes sont d'ailleurs capables de se modifier d'un instant à l'autre, suivant que la poche est pleine de pus ou qu'il y a eu vomique récente. On peut observer après celle-ci, des signes cavitaires, gargouillements, bruits caverneux, bruit de pot fêlé ou même bruits amphoriques, mais on ne trouve pas de bruit d'airain.

Les symptômes fonctionnels sont très accusés; la toux est fréquente, parfois continue, en rapport avec l'importance de l'expectoration. L'expectoration a des caractères particuliers qui ont une réelle valeur au point de vue diagnostic. Elle est avant tout purulente et hémorragique. Au début, elle peut présenter les caractères de l'expectoration de la bronchite, elle est spumeuse, muco-purulente, elle n'est pas rouillée, collante à la manière de l'expectoration pneumonique. Très rapidement elle devient très abondante, nettement purulente; elle ressemble plus à du pus qu'à l'expectoration de la dilatation des bronches. L'expectoration est très fréquemment hé-

morragique, le sang est mêlé intimement au pus et on a une masse rougeâtre qui fait penser un peu au pus de certains abcès du foie. L'expectoration, bien que pouvant présenter une odeur alliagée, n'est *jamais fétide*. Son abondance par moments en fait une véritable vomique, la quantité de pus pouvant atteindre 300 ou 400 grammes par jour et même davantage. L'examen montre l'absence de bacilles tuberculeux et d'anaérobies ; dans les cas connus, on a trouvé du pneumobacille de Friedlander ou du streptocoque. Les symptômes généraux sont ceux d'une affection septique grave : le faciès est terreux, l'abattement extrême, la langue rôtie. La température peut atteindre 40 à 41 degrés, mais elle oscille en général entre 38 et 39,5 ; elle ne présente pas de courbe régulière comme dans la pneumonie ; on peut observer pendant quelques jours une rémission comme si l'affection se déroulait en plusieurs temps. Le pouls est petit, très fréquent, 120, 130 et même davantage. L'évolution se fait en 4 à 6 semaines, la vomique se fait d'une façon précoce du 10^e au 20^e jour.

Dans tous les cas observés l'évolution a été fatale. (Letulle et Bezançon).

L'abcès amibien est important, car on en a signalé un certain nombre dans ces dernières années. On pense seulement aux localisations hépatiques de l'amibiase, mais il faut savoir que si le parasite vient à forcer la barrière des capillaires hépatiques, il viendra se greffer et proliférer au niveau du pou-

mon. L'abcès amibien du poumon peut être un abcès migrant secondaire à un abcès hépatique ou être la seule localisation de l'amibiase ; ou bien encore il peut être associé à un abcès hépatique, mais sans communication avec lui.

Dans les cas classiques de Nattan-Larrier, Rist, Simonin et Achard, il y avait coexistence des deux localisations, mais on a noté de nombreux cas depuis où la lésion pulmonaire était la seule localisation (Ramond, Denoyelle et Lautmann).

Cliniquement, l'abcès amibien conserve les caractéristiques des lésions amibiennes, notamment la lenteur d'évolution. L'évolution de l'affection est toujours lente ; le début est marqué par un point de côté, le plus souvent intense, durant un temps variable, pouvant disparaître pour reparaître quelques jours plus tard, ne s'accompagnant au début ni de dyspnée, ni de toux, ni de fièvre. Puis apparaît une toux sèche et quinteuse, sans expectoration, celle-ci ne se montrant que postérieurement. Quand elle est constituée elle est typique et permet à elle seule le diagnostic ; d'abord sanglants, formés de sang pur, les crachats perdent rapidement ce caractère, pour devenir abondants, muco-purulents, glaireux, verdâtres, striés de sang rouge, inodores. Au microscope l'expectoration se montre constituée par une matière hyaline, finement granuleuse ; on y trouve en petit nombre des éléments cellulaires : leucocytes plus ou moins altérés, hématies. Elle est remarquablement pauvre en microbes ; parfois cependant on

découvrir quelques bâtonnets ou cocci. L'absence de bacilles de Koch est extrêmement importante pour le diagnostic de cette hémoptysie. En revanche on y reconnaît de nombreuses amibes qui se qui se trahissent à l'état frais par leurs mouvements. Après coloration, elles sont difficilement distinguées des globules du pus et leur recherche reste souvent infructueuse (Tanon).

Une telle expectoration doit à elle seule évoquer l'amibiase ; elle met en effet sous nos yeux la substance glaireuse et hémorragique du foyer nécrotique qui caractérise toute lésion amibienne au début. A l'examen physique on trouve des signes d'hépatisation localisés en un point, à la base droite le plus souvent ; la radiologie montre un foyer de condensation à ce niveau, avec ou sans perte de substance. Cet abcès guérit remarquablement par l'émétine, mais abandonné à lui-même il est fatalement mortel.

Les abcès pyémiques ont une symptomatologie assez fruste qui permet rarement un diagnostic précis. En effet, ce sont généralement des abcès petits, multiples, disséminés, de petit volume, mais capables de s'agrandir par confluence en une cavité importante qui donne des signes de grand abcès. Dans la règle on constate des foyers diffus de broncho-pneumonie tenant à la multiplicité des embolies microbiennes et se caractérisant par des foyers de souffle entourés de râles bulleux très abondants.

L'infarctus suppuré a une symptomatologie identique au début à celle de toutes les embolies pulmonaires ; le début se fait par un point de côté brusque avec dyspnée intense, mais au lieu d'une évolution apyrétique ou presque, le malade présente une fièvre élevée, et les signes de réaction pulmonaire autour du point atteint sont plus précoces et plus intenses. L'expectoration typique de l'infarctus ne se montre pas et rapidement apparaît une expectoration franchement purulente.

L'abcès migrateur passe généralement inaperçu jusqu'au moment où il s'ouvre dans une bronche et donne lieu à une vomique. Les signes de cet abcès consistent en symptômes de congestion d'une base et sont presque toujours masqués par ceux de la localisation primitive.

Diagnostic

Le diagnostic des abcès du poumon est d'une extrême difficulté ainsi que nous nous sommes efforcé de le montrer chemin faisant.

Mais cela ne tient pas seulement aux difficultés cliniques ; il est rendu encore plus délicat par le manque de netteté des frontières nosographiques de cette affection. Si anatomiquement il est possible de trouver un critérium de délimitation, qui sera d'ailleurs peut-être discutable, puisque nous rangeons parmi les abcès la pneumonie disséquante, malgré ses phénomènes de nécrose, cliniquement il n'en sera pas de même, et on se heurtera aux plus grandes difficultés. Si on veut se baser sur la fétidité pour les séparer de gangrènes, on sera arrêté de suite par ce fait que le pus rendu dans les abcès du poumon devient rapidement fétide sans intervention d'anaérobies et que les gangrènes ne sont que des abcès à anaérobies. De même les lésions secondaires de bronchite dues à l'irritation des bronches de drainage donnent un aspect muco-purulent à l'expectoration, rappelant alors celle de la dilatation des bronches. Quant à la pleurésie puru-

lente interlobaire elle sera presque impossible à différencier de l'abcès intra-pulmonaire. *

De même que l'histoire clinique d'un abcès passe par deux phases distinctes, le diagnostic se posera différemment suivant la période de la maladie à laquelle on se trouvera.

Lorsque l'abcès se collecte et ne se'est pas encore ouvert dans les bronches, il se comporte comme une maladie aiguë à localisation pulmonaire et c'est avec les affections aiguës de cet organe qu'on devra le différencier. La matité plus ou moins étendue, parfois localisée, les signes d'auscultation se modifiant peu à peu, les caractères particuliers de la température, l'examen de sang permettront de soupçonner la présence dans le thorax d'une collection purulente, ce que confirmeront la ponction et la radiographie quand elles seront possibles.

La *ponction exploratrice* est un bon moyen de diagnostic, mais elle demande certaines précautions ; elle doit être faite dans la zone de matité déterminée par la percussion. On se servira d'une aiguille longue et grosse avec un mandrin ; si une première ponction est négative on devra en faire une ou plusieurs autres, jusqu'au moment où le pus montera dans la seringue (Picot, Paillard).

Tous les auteurs et les Américains en particulier insistent sur les difficultés de ce mode d'exploration et sur ses dangers, le principal étant l'infection de la plèvre encore saine par l'aiguille elle-même au moment de son retrait ou par l'écoulement de pus par le trajet

de l'aiguille. Une grande difficulté tiendra à ce fait que l'aiguille pourra passer à côté de la collection ou que le pus trop épais ne montera pas dans la seringue. Ce mode de recherche garde encore de son intérêt, bien qu'on lui préfère, à juste titre, la radioscopie et surtout la radiographie, mais souvent cette dernière n'est pas aussi nette ni aussi caractéristique qu'il serait nécessaire pour pouvoir faire un diagnostic. Toutefois dans certains cas la radiographie a pu donner une image caractéristique (celle que nous reproduisons ci-contre et que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Paiseau en est un exemple) et permettre un diagnostic certain. Dans le cas que nous rapportons, cette image a permis de faire le diagnostic avant la mort et cependant, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de l'observation, bien peu de signes permettaient d'affirmer un tel diagnostic. Parmi les différents facteurs de difficultés qui pourront venir compliquer cet examen, nous citerons la présence d'un épanchement dans la grande cavité pleurale, masquant tout ou partie des plans profonds et persistant malgré une ponction évacuatrice préalable. Jusqu'ici on s'est peu servi de l'injection de lipiodol si précieuse pour l'étude de la dilatation des bronches. Cette question a été bien exposée dans la thèse récente de R. Azoulay, inspirée par le Professeur Bezançon. Enfin, le plus gros obstacle à ce mode d'exploration est parfois constitué par l'état général grave du ma-

lade, qui ne lui permet pas toujours de supporter les fatigues imposées par ces recherches.

Pendant les premiers jours la confusion avec la pneumonie sera à peu près impossible à éviter, ainsi qu'avec un foyer de congestion pulmonaire. Si la pneumonie passe au stade d'hépatisation grise, la différenciation sera possible ; les signes généraux seront plus accusés dans la pneumonie, l'état dynamique plus complet ; les crachats auront la couleur jus de pruneaux et hémorragique ; les signes d'auscultation seront plus humides et gargouillants, et l'évolution rapidement fatale.

Un diagnostic plus important est à faire à cette période avec la pleurésie interlobaire, mais il est à peu près impossible, sauf image radiologique caractéristique de celle-ci, en bande horizontale, traversant le champ pulmonaire.

A la deuxième période de son évolution, lorsque l'abcès se sera ouvert dans les bronches et aura donné naissance à une vomique nette et franche, les anamnestiques pourront presque toujours permettre d'affirmer que le pus vient des bronches, et là encore on pensera à une pleurésie interlobaire qu'il sera impossible de différencier de l'abcès ; la précocité de la vomique dans l'abcès est sans grande valeur, le même fait pouvant s'observer dans la pleurésie.

Mais souvent la vomique n'aura pas été franche, le malade remarque seulement que ses crachats sont plus abondants et plus purulents que d'habitude.

Le passage du pus au travers des bronches, en dehors même des altérations bronchiques, au niveau du foyer septique donne alors rapidement à l'expectoration les caractères considérés comme spéciaux à la dilatation bronchique, c'est-à-dire que l'expectoration est à la fois une expectoration de bronchite et une expectoration purulente ; de plus, du fait des infections secondaires, l'expectoration devient toujours fétide ainsi que nous l'avons dit déjà, alors même qu'il ne s'agit pas de gangrène. Les signes physiques ne nous apportent que des renseignements erronés, la broncho-alvéolite et la pleurésie voisine donnant des signes trop étendus en surface.

En dehors des anamnétiques le diagnostic d'une vomique due à l'effraction lente d'une *pleurésie purulente de la grande cavité* sera également difficile.

La *tuberculose pulmonaire* sera plus ou moins facile à éliminer par l'examen cyto-bactériologique des crachats. Chez les malades à expectoration purulente continue (P. E. Weill), amaigris, fébricitants, ayant des gargouillements à l'auscultation, l'hésitation sera permise.

La *gangrène pulmonaire* se caractérise par son expectoration putride après un début pneumonique avec symptômes généraux graves. C'est un chapitre important des suppurations pulmonaires, de diagnostic facile avec l'abcès du poumon dans les cas nets.

Les *cavernes ganglionnaires hilaires* seront quel-

quefois identifiées par leur siège juxta-hilaire et la présence d'adénopathies médiastines.

Le kyste hydatique si souvent latent ne se révèle parfois que par sa vomique : liquide abondant, clair, parfois teinté de sang avec de larges fragments de membrane hydatique. Le plus souvent l'infection du kyste succède à son ouverture, si elle ne l'a pas précédée ou causée, l'expectoration devient purulente et verdâtre et ressemble à celle des autres suppurations pulmonaires.

La dilatation des bronches, quand l'affection est déjà ancienne, ressemble beaucoup comme séméiologie aux autres suppurations. C'est à l'occasion d'une poussée aiguë de broncho-alvéolite que le médecin voit son malade, à ce moment il peut présenter une hémoptysie, il rend en abondance des crachats classiques et il présente à l'auscultation des signes d'hépatisation ou des signes pseudo-cavitaires. Si l'on ne connaît pas l'évolution de la maladie, si l'on voit pour la première fois un de ces sujets au cours d'une de ces poussées aiguës, le diagnostic peut être difficile. Mais il existe un signe distinctif entre l'abcès et la dilatation, au cours d'une poussée aiguë : c'est que dans le cas de dilatation les crachats augmentent quand la température monte tandis que, dans l'abcès, les crachats diminuent par rétention au moment des poussées de fièvre. A la période avancée de l'affection, quand le sujet présente d'une manière permanente l'expectoration de la grande dilatation bronchique, il a l'aspect, l'état général, les signes

d'auscultation d'un phthisique avancé et l'on songe moins à un abcès pulmonaire. C'est ici qu'à l'heure actuelle l'injection de lipiodol dans les bronches, suivie immédiatement d'une radiographie, pourra rendre des services.

Tels seront les diagnostics qui viendront à l'esprit du médecin et qu'il devra discuter en présence d'un de ces malades ; mais le plus souvent on devra se contenter d'un diagnostic de probabilité et toujours réserver la possibilité de pleurésie interlobaire infiniment plus fréquente que l'abcès du poumon. A l'heure actuelle, les nouveaux procédés d'étude radioscopique des bronches après injection de lipiodol dont nous avons parlé plus haut, permettront, dans les cas heureux, de préciser singulièrement ce diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires ; nous avons vu également qu'en Amérique Lynah a eu recours avec succès à la bronchoscopie ; elle avait déjà été employée avec le même résultat au point de vue thérapeutique par Lereboullet, Faure Beaulieu et Poyet, en France, dans un cas de gangrène pulmonaire.

Traitement

Jusqu'à ces dernières années on n'a opposé aux abcès du poumon qu'un traitement général antiseptique et tonicardiaque, traitement exclusivement médical auquel sont venus s'ajouter maintenant des traitements particuliers chirurgicaux ou directs, nécessitant l'intervention de spécialistes.

Le traitement médical comporte, ainsi que nous venons de le dire, les thérapeutiques classiques, l'huile camphrée, les injections d'huile eucalyptolée, les injections intra-musculaires de gaiacol ou de gomérol qui étaient particulièrement prônées ainsi que l'hyposulfite de soude dans les cas où l'expectoration présentait une certaine fétilité.

C'est surtout dans les cas d'abcès amibien que la thérapeutique a fait des progrès et actuellement ces abcès ont perdu beaucoup de leur gravité depuis qu'on leur oppose le traitement par l'émétine et le novarsénobenzol. On emploiera des doses assez fortes de chlorhydrate d'émétine, jusqu'à 12 centigrammes par jour (Chauffard). On y associera le novarsénobenzol suivant la technique de Ravaut : 4 injections de 914 (30 cgr.) à 4 jours d'intervalle,

chacun des jours intermédiaires, 4, 6, 8 cgr. d'émétine. On continue le 914 sans émétine jusqu'à la sixième injection, puis on reprend l'émétine. On emploiera de l'émétine fraîche par voie sous-cutanée, on ne dépassera pas quatre-vingts centigrammes par série d'injections. On poursuivra le traitement sous forme de séries espacées, car l'amibiase comme la syphilis peut donner de nouveaux accidents après des années de latence.

Dans certains cas d'abcès très limités, la vaccinothérapie pourrait être tentée. Elle a semblé donner un succès dans notre observation I (De Jong).

Une dernière méthode thérapeutique est la sérothérapie ; MM. Laignel-Lavastine et Coulaud ont pu en effet guérir un abcès du poumon pneumococcique par injection à haute dose de sérum anti-pneumococcique, 17/10 cmc. en deux mois dans le cas que ces auteurs ont rapporté,

Le traitement chirurgical aussi bien des abcès que des gangrènes étudié dès 1897 par Tuffier n'a donné que des résultats assez médiocres ; Picot, dans sa thèse, recommande la pneumotomie faite sous anesthésie locale ; à cette époque la mortalité était de 29 %, elle semble d'ailleurs être encore aussi élevée aujourd'hui ; les accidents respiratoires broncho-pneumoniques, l'infection pleurale fatale, l'état souvent précaire des opérés expliquent cette grosse mortalité. Dans un travail plus récent en plus des traitements médicaux actuels, Picot préconise encore la pneumotomie dans les cas bien limités. Il

faudrait poser le diagnostic de façon précoce et intervenir de suite avant l'ouverture dans les bronches. Cadenat conseille également dans les gangrènes, abcès et pleurésies interlobaires de traiter le foyer aussitôt que possible par la pneumotomie pour le drainer à l'extérieur : « Quand la suppuration est récente, dit-il, il n'y a pas de sclérose, les parois du foyer cavitaires sont souples, le poumon a conservé son élasticité et les résultats sont favorables ».

A côté de la pneumotomie on a proposé dans les cas anciens un certain nombre d'interventions ayant pour but de comprimer le poumon. Dès 1892, Tuffier avait proposé ce qu'il avait appelé le pneumothorax extra-pleural, expression commode, mais pas très juste, comme le fait remarquer Lenormant, puisqu'il n'y a pas d'air dans la plèvre. On décolle la plèvre pariétale au niveau du foyer pulmonaire et on remplit la cavité ainsi créée par une masse non résorbable, graisse ou pâte bismuthée, qui a pour but de rendre efficace et durable la compression du poumon. Dans ces derniers temps, certains chirurgiens ont proposé d'avoir recours à cette méthode plutôt qu'à la pneumotomie. C'est dans ces cas que l'on a proposé d'employer un ballonnet de caoutchouc que l'on gonfle à volonté pour obtenir dans les lésions aiguës une compression temporaire (Roux-Berger).

Cette compression du poumon pourra être réalisée autrement que par une intervention chirurgicale, et P. E. Weill a préconisé cette méthode.

Pour cet auteur, le pneumothorax réussira surtout dans les cas où une cavité unique s'est formée et encore quand la lésion est récente. Le pneumothorax se fera sans aucune pression pour être sûr de ne pas rompre d'adhérences et, comme dans la tuberculose pulmonaire, on arrivera par les insufflations successives à faire la compression totale. La compression provoquera souvent une vomique d'ailleurs favorable et l'expectoration diminuera progressivement de quantité les jours suivants. Parmi les complications il faut citer la douleur locale, la dyspnée, l'hémoptysie, qu'on évitera en faisant de petites insufflations. La complication la plus grave qui se produit le plus souvent est le développement d'une pleurésie purulente, d'un pyopneumothorax.

C'est seulement dans les cas où le pneumothorax sera impossible du fait d'adhérences que l'on aura recours à l'intervention chirurgicale.

On a également proposé un certain nombre d'interventions nécessitant une instrumentation spéciale; ce sont d'abord les injections intratrachéales ou même intrabronchiques d'huile eucalyptolée ou gaiacolée. C'est surtout l'huile goménolée à 10 % qui a été employée ainsi que l'électrargol, mais à côté de quelques résultats heureux, on a enregistré de nombreux échecs. Toutefois, une mention spéciale doit être faite d'une méthode récente, la trachéo-fistulisation, par une petite canule à demeure, permettant des injections répétées, sans les fatigues considérables ressenties par le malade au cours d'une

injection intratrachéale par voie laryngée ; cette méthode semble avoir donné entre les mains de Rosenthal, son auteur, des résultats intéressants.

Enfin, MM. Lereboullet, Faure-Beaulieu et Poyet ont pu par la bronchoscopie atteindre directement et traiter un foyer d'abcès pulmonaire avec le plus grand succès et cette méthode est aussi utilisée en Amérique, par Lynah.

En résumé, actuellement on est mieux armé qu'autrefois pour lutter contre les abcès du poumon et on devra toujours associer les différents traitements suivant les indications propres à chaque cas.

Observations

OBSERVATION I

Observation personnelle de M. le Docteur De Jong

M. L..., âgé de 36 ans, éprouve, le 22 mai 1921, une vive sensation de froid ; le lendemain, il présente un état fébrile assez accusé, sans aucun symptôme de localisation et brusquement, le 24, il est pris d'un point de côté violent. A l'examen on ne constate aucun symptôme pulmonaire, cependant apparaît rapidement une expectoration hémoptoïque dans laquelle se mélangent du pus et du sang, les crachats sont bruns, purulents d'emblée, ne sont pas très abondants, ne présentent pas l'aspect pneumonique ; ces crachats examinés à deux reprises montrent du pneumocoque à l'état de pureté, les polynucléaires sont nombreux, il y a peu de réseaux de mucus, pas de gouttelettes d'exsudat albumineux, pas de bacilles de Koch.

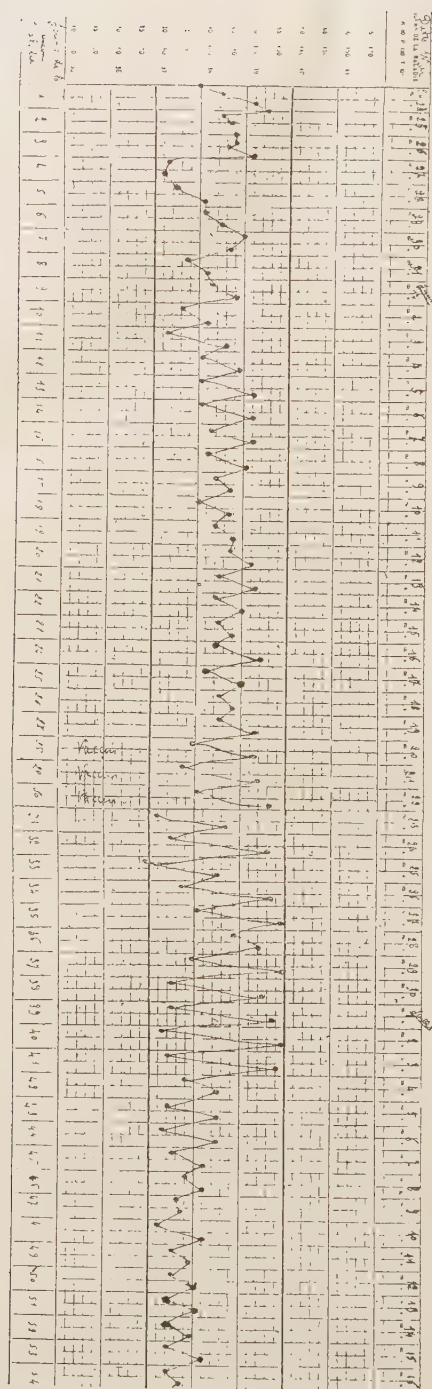
Les jours suivants, les signes fonctionnels sont très marqués, mais les symptômes physiques extrêmement vagues, ni râles, ni souffle, ni frottements ; on constate seulement un peu de submatité de la base gauche où une ponction exploratrice est négative et au-dessus il y a un peu de tympanisme. Le cœur ne présente qu'un souffle passager et fugace. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés, bien que les urines soient celles d'un ictère

léger, il existe d'ailleurs un peu de subictère ; la région vésiculaire est totalement indolore.

La température élevée oscille autour de 39°, pas de frissons ni de sueurs. L'état général est très atteint, le malade donne l'impression d'un asthénique plus que d'un infecté, il est un peu agité, anxieux, insomnique. Un examen radioscopique pratiqué vers le 6^e jour donne les renseignements suivants.

Les champs pulmonaires s'éclairent bien dans leur ensemble des deux côtés, ainsi que les sommets, les culs de sac diaphragmatiques présentent un jeu normal et une illumination moyenne pendant les inspirations profondes et la toux, quelques ganglions particulièrement marqués du côté gauche. On constate en vue postérieure dans la partie inférieure du champ pulmonaire gauche à 1 cm. environ au-dessous de la pointe de l'omoplate, une ombre triangulaire d'une opacité relativement peu accentuée. La teinte uniforme de cette ombre, l'absence de niveau linéairement dessiné, ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agit d'une collection liquide plutôt que d'une condensation du parenchyme pulmonaire.

Mais la température reste très élevée, sans tendances à la rémission. Le 29^e jour de la maladie on commence une vaccinothérapie avec un stock vaccin ; à la 2^e piqûre la température oscille, devient irrégulière, le foie grossit, les urines deviennent bilieuses, le malade présente quelques troubles digestifs et est abattu ; après sa 3^e piqûre l'expectoration qui s'était tarie reparait, franchement purulente et va en augmentant atteignant 10 à 12 crachats de suite par jour, sous forme d'une petite vomique. Ces crachats semblent ceux d'un cavitaire et vont cependant diminuer progressivement pour aboutir à une guérison complète sans qu'à aucun moment ne soient apparus des signes d'auscultation. Revu en octobre le malade restait parfaitement guéri.



L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que ce malade a eu un foyer congestif qui sous l'influence de la vaccinothérapie se mit à suppurer donnant en même temps une élévation de température à grandes oscillations et une expectoration purulente, véritable petite vomique.

OBSERVATION II

Un cas d'abcès du poumon par MM. Pisseau et Valence.

Le nommé T..., Louis, âgé de 30 ans, entre le 10 juin 1924 à l'hôpital Tenon, dans un état d'agitation telle qu'on doit le mettre dans un service d'agités où on fait le diagnostic de *delirium tremens* chez un éthylique atteint de pleuro-pneumonie gauche. Le lendemain l'agitation est calmée et on constate tous les signes d'un éthylisme très accusé. On constate, de plus, l'apparition d'un foyer de congestion de la base gauche et il persiste un peu de délire infectieux. Le 16 juin putridité de l'haleine. Les signes de condensation et d'épanchement s'accusant du côté gauche on fait une ponction pleurale dans le 8^e espace ramenant 150 cmc. de liquide séro-purulent horriblement fétide.

Le malade examiné à la radioscopie le lendemain, présente, outre un épanchement de la grande cavité, dans le lobe inférieur du poumon gauche une image caractéristique telle qu'il est impossible de ne pas faire le diagnostic d'abcès du poumon ; elle présente tous les signes antérieurement décrits dans ces cas, cavité à double contour à moitié remplie d'air, à moitié remplie de liquide avec un niveau horizontal et tractus fibreux périphériques. On trouve en outre une petit pneumothorax de la base, dû sans doute à la ponction pleurale de

la veille. (Une radiographie a été faite et nous la reproduisons ci-contre). L'expectoration qui avait cessé pendant quelques jours reparaît, peu abondante, hémorragique, très fétide. La toux est fréquente, la percussion qui montre une matité de toute la moitié inférieure du thorax est douloureuse. L'état ne s'améliorant pas par des injections répétées de sérum et d'argent colloïdal, on tente le 18 juin un pneumothorax, sans résultat.

Deux jours après, l'examen donnant l'impression d'une caverne superficielle (tympanisme localisé, sonorité, vibrations transmises, souffle cavitairé aux deux temps accompagné de râles humides hydro-aériques), l'on tente de nouveau, sans succès, un pneumothorax. On continue le même traitement les jours suivants : sérum, tentatives infructueuses de pneumothorax, ponction évacuatrice du pus de la grande cavité. Le 27 juin l'état local ne s'améliorant pas, on décide une intervention chirurgicale devant l'aggravation de l'état général et l'apparition de signes de défaillance cardiaque. Après pleurotomie et évacuation de pus fétide on constate que le poumon paraît sain et on ne l'explore pas, malgré les indications de la radioscopie.

Aucune amélioration et le surlendemain le malade succombe.

A l'autopsie on constate dans le lobe inférieur du poumon gauche la présence d'un gros abcès du volume d'une noix, rempli de pus épais, à parois irrégulières déchiquetées, une petite bronche y arrive, elle est remplie de pus.

En résumé, éthylique chronique chez lequel une pneumonie du lobe inférieur gauche après des accidents de *delirium*, s'est compliquée d'un abcès du poumon semblant avoir donné, par contiguité, une pleurésie purulente. L'insuffisance du cœur et du foie n'ont pas per-



OBSERVATION I I

mis à ce malade de résister à cette intervention d'ailleurs insuffisante.

Après un diagnostic clinique et radioscopique il y a eu, dans ce cas, vérification anatomique.

OBSERVATION III

Ch. ACHARD. — *Abcès pneumoniques.* — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. 26.835, p. 609.

Femme de 42 ans, entrée le 3 mars à l'hôpital pour dyspnée intense et état général grave. La face est vultueuse, la pommette droite rouge, les lèvres cyanosées, sèches et fuligineuses, la parole difficile ; elle disait avoir été prise 6 jours avant, d'un frisson violent et d'une forte fièvre. La pneumonie, dès lors, était certaine et on trouvait dans toute la moitié supérieure du poumon droit des signes d'hépatisation : gros souffle tubaire aux deux temps et râles crépitants à la périphérie. Le cœur est rapide et régulier, le pouls à 120, la tension artérielle à 14/8 mais l'état général est mauvais, urines rares, faciès angoissé, langue rôtie, prostration profonde et la malade, cabaretière, avouait des excès alcooliques depuis 20 ans. Il y avait de l'abolition des réflexes, des pituites et des signes de cirrhose au début.

Les jours suivants apparaissait une expectoration jaunâtre collante, la température se maintenait au voisinage de 40°. Localement, la matité s'étendait et s'accompagnait d'un souffle moins intense, de râles sous-crépitaux par bouffées et, à l'épine de l'omoplate, d'égothoponie avec pectoriloquie aphone, signes d'épanchement confirmés par la ponction qui donnait issue à un liquide citrin. Mais si les signes locaux ne montraient rien de particulièrement inquiétant, les signes généraux se mon-

traient redoutables, la cyanose était de plus en plus accusée, le pouls, malgré la digitaline devenait faible et filant, la température se maintenait autour de 40°, un peu de délire se produisait et la malade succombait le soir du 16^e jour de la maladie.

A l'autopsie on trouvait du côté droit un épanchement citrin que la ponction avait déjà montré, le poumon présentait dans tout le lobe supérieur, un bloc d'hépatisation rouge à la surface siégeait près du bord postérieur. En incisant ce lobe près du bord antérieur on découvrait un noyau blanchâtre, gros comme un noyau de cerise, entouré d'une sorte de coque de tissu dense, et dont le centre d'apparence caséiforme était un peu ramolli, mais sans cavité et centré par une bronche. Une autre coupe faite en arrière traversait un autre noyau semblable, mais ramolli dont le contenu s'était évacué par une bronche. Plus en arrière, une autre coupe mettait à jour un gros abcès, dont les dimensions étaient celles d'un œuf de pigeon, entouré aussi d'une coque dense et dont le centre caséiforme blanc jaunâtre, parsemé de quelques taches noires, rappelait un peu l'aspect du fromage de Roquefort. Cet abcès était en voie de ramollissement et présentait un aspect aréolaire par élimination des parties nécrosées. Tout à fait en arrière, on voyait encore sur la coupe trois abcès, l'un gros comme une noix, en partie évacué, une autre non ramolli près du sommet et le dernier au voisinage de l'interlobe.

Conclusions

I. L'étude des abcès du poumon s'impose de nouveau à l'heure actuelle à l'attention des médecins, à cause de leur fréquence plus grande dans ces dernières années.

II. A côté des abcès pneumoniques une place importante doit être faite aujourd'hui aux abcès broncho-pneumoniques consécutifs à l'intoxication par l'ypérite et à la grippe, et aux abcès amibiens.

III. On peut faire rentrer dans l'étude des abcès du poumon la pneumonie disséquante nécrotique dont les observations semblent avoir été plus fréquentes dans ces dernières années.

IV. Les démarcations nosographiques classiques entre la pleurésie interloblaire, la gangrène pulmonaire et les abcès du poumon, si elles sont justifiées au nom de la pathogénie et de l'anatomie pa-

thologique, sont difficiles à fixer dans la pratique clinique. Ces différentes affections sont justiciables d'ailleurs des mêmes méthodes thérapeutiques.

Vu, le Doyen

ROGER.

Vu, le Président,

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur, 2^e édition, 1826, t. II, p. 198.
- GRISOLLE. — Traité de la pneumonie, 1864.
- TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 23^e éd., 1865, t. I.
- BESANÇON et S. I. DE JONG. — Précis des maladies de l'appareil respiratoire, Masson, 1923, p. 521.
- LETULLE et BEZANÇON. — *Annales de Médecine*, t. XII, n^o 1, juillet 1922, p. 1-55.
- HUTINEL et PROUST. — Etude sur la pneumonie disséquante, *Archives Générales de Médecine*, 1882.
- HAYEM et GRAUX. — Gangrène de la plèvre. Société anatomique, 10 avril 1874.
- F. LEMAITRE. — Corps étrangers de la trachée et des bronches, *Journal Médical Français*, 1924, t. XIII, n^o 1, p. 17.
- WESSLER. — Supp. of the Lung A study of one hundred cases. *Jour. of Am. Med. Ass.*, 27, XII, 1919, p. 1928.
- LYNAH. — Etude bronchoscopique des abcès pulmonaires, *Jour. of Am. Med. Ass.*, n^o 20, 1921, p. 1548.
- TWEKSBURY. — Treatment of non tuberculous lung abcess wirth the Pneumothorax, *Jour. Am. Med. Ass.*, Chicago, 1918, LXX, p. 293-295.

- MARCHAND. — Münch. Med. Woch., n° 5, 1919.
- BUSSE. — Münch. Med. Woch., n° 5, 1919.
- RAHNENFUHRER. — Beitrag zur Klinik. der umschriebenen Lungeneiterungen, Fortsch. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen, 9 juin 1921.
- ACHARD. — Absès pneumoniques. *Jour. de Méd. et de Chir. Prat.*, 10 sept. 1921.
- MENETRIER. — S. M. hôpitaux de Paris, 4 juillet 1919.
- BEUGNOT. — Contribution à l'étude des absès pneumoniques. Th. de Paris, 1922.
- CLERC, RAMOND et GUILHAUME. — Absès pulmonaires chez les ypérités, 7 juin 1919.
- DESCOMPS. — Rapport sur deux observations de Migi-niac, Soc. de Chir., 21 décembre 1921.
- LAUTMANN. — L'amibiase pulmonaire, Th. de Paris, 1922.
- RAMOND, DENOYELLE et LAUTMANN. — Un cas d'amibiase pulmonaire sans absès du foie. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 4 mai 1923.
- DIEULAFOY. — Précis de Pathologie Interne.
- PAILLARD. — *Jour. Méd. Franç.*, t. IX, n° 5, mai 1920, p. 182.
- PAISSEAU et SOLOMON. — Grands absès du poumon. Etude de radiologique. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 7 avril 1922.
- HARVIER. — Articles Absès du poumon et Gangrène, Nouveau traité de Médecine, Vidal, Teissier, tome XI.
- SICARD et FORESTIER. — Injections intra trachéales d'huile iodée. *Jour. Méd. Franç.*, 1924, t. XIII, n° 1, p. 8.
- LEREBOUILLÉ, FAURE-BEAULIEU et POYET. — Gangrène pulmonaire par inhalation traitée et guérie par bronchoscopie, Soc. Méd. Hôp. de Paris, 24 mai 1912.

- ACHARD et FOIX. — Deux cas d'amibiase hépatique. *Arch. de Méd. Expér.*, juillet 1914, p. 345.
- RIST, AMEUILLE et DE PFEFFEL. — Un cas d'abcès amibien du poumon. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 12 juin 1914, p. 1049.
- NATTAN-LARRIER. — Un cas d'abcès pulmonaire d'origine dysentérique. *Rev. de Méd. et d'Hyg. Trop.*, 1906, p. 99 et 1907, p. 60.
- SIMONIN. — Abcès multiples et indépendants du foie et du poumon. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 10 juin 1914, p. 1175.
- PICOT. — Th. de Paris.
- PICOT. — *Soc. Chir. de Paris*, 1920, n° 34.
- P. E. WEILL. — L'expectoration purulente continue des suppurations pleuro-pulmonaires. *Presse Médicale*, n° 59, 21 août 1920, p. 574.
- POTENGER. — Points of differential diagnostic value in pulmonary abcess-bronchiectasis and tuberculosis. *Am. Jour. of Méd. Soc. Philadelphia* 1919, 98, p. 502.
- LEMIERRE et LÉON-KINDBERG. — *Ann. de Méd.*, t. XV, n° 3, mars 1924.
- LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD. — Abcès du poumon à pneumocoques. Sérothérapie. Guérison. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 22 juillet 1921.
- BEZANÇON et AZOULAY. — *Soc. Méd. de Paris*, 29 fév. 1924.
- AZOULAY. — Th. de Paris, 1924. La forme sèche, de la dilat. bronchique.
- TUFFIER. — *Journal de Chirurgie*, mars, avril, mai 1921.
- DELBET. — Ibid.
- ROUX-BERGER. — Ibid.
- P. E. WEILL. — Le pneumothorax artificiel dans la gangrène pulmonaire. *Acad. de Méd.*, 21 nov. 1922.
- P. E. WEILL. — *Paris Médical*, 2 déc. 1922.

- ROSENTHAL. — *Presse Médicale*, n° 67, 20 août 1924.
- ROSENTHAL. — *L'Hôpital*. — N° 4, sept. 1924.
- RIMBAUD et GIRAUD. — Un cas de pneumonie disséquante. *Gaz. des Hop.*, n° 74, 22 sept. 1921, p. 1173.
- TUFFIER et MARTIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 1567.
- ROUX-BERGER. — *La Médecine*, octobre 1921, p. 45.
- MIGINIAC. — La vomique dans les abcès du foie. *Rev. de Chir.*, 1922.
- BEVAN. — Abscess of the lung : on important sequell to tonsillectomy. *Surg. Clin.*, Philadelphie, 1918, n° 88.
- GREYX. — Un cas d'abcès du poumon. *Journal de Médecine*, Bordeaux, 1919, n° 49.
- GREEN. — Lung abscess. *Am. Surg.*, Philadelphia, 1919, n° 70.
- RATHERY et BORDET. — Sérothérapie par voie trachéale. *Paris Médical*, Paris, 1920.
- SUDARD. — Trois cas de pneumotomie pour suppurations pulmonaires. *S. de Chir.*, Paris, 1920, n° 46.
- WESSLER et SCHWARTZ. — Abscess of the lung in infants and childrens. *Am. J. Dis. Ch.*, Chicago, 1920, n° 31.

